

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2012

Jitka KRAVCOVÁ

UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE

Pedagogická fakulta

katedra speciální pedagogiky

Vývoj dítěte se zrakovým postižením

Development of children with visual impairments

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D

Autor bakalářské práce: Jitka Kravcová DiS.

Studijní obor: speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Bakalářská práce ukončena: březen 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury. Dále prohlašuji, že mám písemný souhlas rodin obou chlapců jmenovaných v praktické části mé práce a to jak se zveřejněním údajů, tak i s použitím fotodokumentace.

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí práce doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je vývoj dítěte se zrakovým postižením. Práce se skládá z teoretické a praktické části a příloh. Teoretická část je zaměřena na vývoj dítěte a to, jak do něj může zasahovat zrakové postižení. Dále jsou v práci stručně charakterizovány nejčastější oční diagnózy u dětí. Jedna z kapitol se zaměřuje na mozkovou obrnu, jako jedno z nejčastějších typů postižení, které může doprovázet i postižení zrakové. Prostor je věnován i rané péči zaměřené na děti se zrakovým a kombinovaným postižením.

Praktickou část práce tvoří dvě případové studie, první o chlapci se zrakovým a kombinovaným postižením a druhá o chlapci s čistě zrakovým postižením. V závěru jsou obě studie porovnány z hlediska využitých metod práce s oběma chlapci a z hlediska poskytování služeb rané péče.

V příloze jsou fotografie pomůcek, které se využívají ke stimulaci zraku a zrakovému tréninku.

Klíčová slova: vývoj dítěte, zrakové postižení, mozková obrna, raná péče, vyšetření zrakových funkcí, stimulace zraku, zrakový trénink

Abstract

The theme of this bachelor thesis/work is the development of a child with visual impairment and how to work with them. The work consists of theoretical, practical part and the annexes. The theoretical part is focused on the development of the child and how can this handicap influence its evolution. I also briefly mentioned/characterised the most common children's visual diagnosis. One of these chapters is focused on cerebral palsy – the most frequently type of handicap that can be accompanied eye disorder. The space in this work is devoted to the early care focused on the child with some visual and combined handicap.

The practical part of the work consists of two case studies, the first one about the boy with visual and combined disability, and the other one about the boy with the purely visual handicap. In conclusion, both these studies are compared from the using methods point of view and from the providing services in the early care.

In the annex, there are photographs of the equipment, which are used to stimulate sense of sight and visual training.

Key words:

Children development/evolution, visual handicap/disability, cerebral palsy, early care, investigation/examination of visual functions, eye stimulation, visual training

Obsah

Úvod.....	1
1. Vývoj dítěte.....	2
1.1. Psychomotorický vývoj dítěte	2
1.2. Vývoj zrakového vnímání.....	4
1.3. Vliv zrakového postižení na vývoj jedince v jednotlivých etapách života.....	6
1.4. Zrakové vady	8
2. Mozková obrna a zrakové postižení	13
2.1. Příčiny a rizikové faktory mozkové obrny	13
2.2. Formy mozkové obrny	14
2.3. Další postižení provázející mozkovou obrnu.....	15
2.4. Komplexní péče o osoby s mozkovou obrnou	16
3. Raná péče	18
3.1. Služby středisek	19
3.2. Metody rozvoje zrakových funkcí - stimulace zraku a zrakový trénink.....	20
3.3. Posouzení zrakových funkcí v rané péči.....	23
4. Speciálně pedagogická podpora vývoje dítěte se zrakovým a kombinovaným postižením.....	25
4.1. Pavlík	25
4.2. Míša	29
4.3. Porovnání případových studií	32
Závěr	35
Resume.....	37
Seznam literatury	38
Přílohy.....	39

Úvod

Narození dítěte bývá pro rodinu velmi radostným okamžikem. Nikdo v tuto chvíli neočekává, že by něco mohlo být v nepořádku. O to větší šok pro celou rodinu je, když zjistí, že má jejich děťátko nějaký handicap, ať už jde o handicap smyslový, tělesný nebo mentální. V každém případě je to pro rodinu velká zkouška, a to nejen zkouška rodičovská, ale i partnerská.

Vývoj dítěte s kterýmkoliv typem postižení je do určité míry pomalejší nebo odlišný od vývoje zdravého dítěte. Do jaké míry a jakým tempem půjde vývoj kupředu nyní velmi záleží nejen na prognóze postižení, ale i na rodičích samotných a na tom, kolik času a energie budou schopni svému dítěti věnovat a motivovat ho k poznávání světa kolem sebe. Pro tyto rodiny funguje služba rané péče, která jim nejen pomáhá hledat vhodné aktivity a metody pro rozvoj dítěte, ale pomáhá celé rodině zvládnout toto těžké a náročné období.

Práce se skládá ze teoretické a praktické části a příloh. V teoretické části je stručně popisán vývoj dítěte bez postižení a se zrakovým postižením, dále jsou krátce zmíněny nejčastější typy zrakových vad, které se vyskytují v dětském věku. Jedna kapitola se věnuje mozkové obrně, jako jednomu z nejčastějších postižení, ke kterému se velmi často přidružuje právě postižení zrakové. Dále je stručně popsána činnost služeb rané péče, a to především Středisek rané péče, která se zaměřují na děti se zrakovým a kombinovaným postižením. Praktická část je věnována případovým studiím dvou chlapců. Jednoho s těžkým zrakovým postižením a druhého s kombinovaným postižením.

Cílem práce je zmapovat vývoj obou chlapců se zrakovým a kombinovaným postižením v jednotlivých oblastech, a porovnat průběh poskytování služeb rané péče, metody práce s nimi a stručně popsat oblasti vývoje dítěte, do kterých zasahuje postižení zraku i v kombinaci s dalším postižením a ilustrovat činnosti rané péče pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením.

1. Vývoj dítěte

1.1. Psychomotorický vývoj dítěte

Prenatální období

Vývoj dítěte začíná již od jeho početí. Během intrauterinního vývoje prochází dítě několika stadii, během nichž se připravuje na život mimo tělo matky. Na konci druhého měsíce po oplození jsou u dítěte patrné končetiny, hlava a oči. Na začátku třetího měsíce již můžeme u plodu pozorovat pohyb horními i dolními končetinami, otáčení hlavou, otvírání a zavírání úst a rozlišit prsty. Okolo pátého měsíce se začíná u dítěte lišit spánkový a bdělý stav, začínají mu růst vlasy. Od dvacátého týdne těhotenství dítě reaguje na zrakové i zvukové podněty. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Novorozenecké období

Za novorozenecké období označujeme první měsíc života. Během této doby se dítě adaptuje na nové prostředí. Veškeré aktivity dítěte jsou závislé na biorytmu, dítě reaguje pomocí reflexů, které postupně odeznívají a jsou nahrazovány cílenými činnostmi (např. sání). V leže na zádech i na břiše je dítě značně nestabilní, pohyby horních i dolních končetin jsou nekoordinované. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Kojenecké období

Toto období trvá do jednoho roku dítěte. Je to období rychlého rozvoje ve všech oblastech. Dítě se učí ovládat své tělo, okolo 6. měsíce se zvládne přetočit ze zad na bříško a zpět, v 8 měsících již leze po kolenou a kolem 12. měsíce bývá dítě schopno samostatné lokomoce ve vzpřímeném postoji. Dítě přijímá podněty ze svého okolí, zajímá se o vše nové, záměrně uchopuje a pouští hračky a předměty, kolem 12. měsíce dítě zvládá dokonalou špetku, postaví komín ze dvou kostek, vkládá předměty do nádobek.

Toto období je někdy nazýváno kritickým v oblasti imprintingu – vtisknutí. Dítě potřebuje navázat trvalý vztah k matce nebo k jiné pečující osobě. To je předpokladem toho, aby jeho sociální i osobní vývoj pokračoval co nejlépe.

V tomto období se začíná rozvíjet i řeč. Ve 4 měsících se objevuje broukání, výskání, hlasitý smích. Kolem 9 měsíce začíná dítě zdvojovat slabiky, objevuje se první slovo s významem. V roce dítě zvládá až 6 slov. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Batolectí období

Batolectí věk je období od 1 roku do 3 let. Dítě je v tomto období velmi zvědavé, více expanduje do okolí, zkoumá vše nové. Dítě je v tomto období silně závislé na rodičích, zejména na matce, špatně snáší odloučení. Začíná si ale vytvářet širší okruh sociálních vztahů a svou roli v rodině. Dítě si vytváří vztahy i s dětmi ve svém věku. Interakce začíná velmi pozvolna, ale kolem druhého roku se objevuje paralelní hra a ve třetím roce má hra ráz spolupráce či soupeřivosti.

Mezi 13. a 15. měsícem dítě zvládá samostatnou chůzi v prostoru, ve dvou letech již kope do míče, skočí sounož a ve třech letech zvládá stoj na jedné noze či jízdu na tříkolce. I oblast jemné motoriky se výrazně zlepšuje. V 15 měsících zasune kolíčky do dírek, ve dvou letech staví věž ze 7 až 8 kostek a ve třech letech již z 10 kostek, navlékne korálky na tkaničku.

V tomto období se dítěti výrazně rozšiřuje slovní zásoba, zatím co v 15 měsících umí 10-20 slov, ve dvou letech je to více než 50 slov a ve třech letech již dítě umí nejrůznější říkanky. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Předškolní období

Jako předškolní období označujeme věk od 3 do 6 let. V této době má již dítě bezpečně zvládnutou chůzi, dochází k postupnému zdokonalování jak hrubé tak jemné motoriky. Ve čtyřech letech dítě zvládne skákat na jedné noze, šplhá po dětských prolézačkách, pětileté dítě krátce udrží rovnováhu na jedné noze, umí jít pozpátku. V šesti letech je dítě mnohem obratnější, pohyby jsou koordinovanější. Velmi rychle se vyvíjí grafomotorika, ve třech letech dítě napodobí různé směry čáry, ve čtyřech letech nakreslí křížek a po pátém roce je již schopno napodobit čtverec.

Velmi rychle se zdokonaluje i řeč, u většiny dětí v tomto období postupně mizí dětská patlavost. Dítě se stává stále více samostatným – nají se, oblékne se.

V tomto období přichází velký životní mezník, a tím je vstup do mateřské školy. Dítě stále více potřebuje navazovat nové vztahy s vrstevníky. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

1.2. Vývoj zrakového vnímání

Jak bylo zmíněno výše, vývoj zrakového vnímání probíhá již intrauterinně, přesto zrak není po narození plně vyvinut. Dobře vyvinuté jsou funkce tyčinek, které umožňují vidění za šera. Dítě tedy rozeznává obrysy a stíny. Funkce čípků se začíná rozvíjet až po narození.

Děti po narození upřednostňují černobílé geometrické vzory. Postupně s dozráváním čípků se dítě zajímá o barevné hračky a lidské obličeje. Dítě sleduje čím dál menší objekty ve svém okolí. Okolo 6. měsíce věku je většina zrakových funkcí na úrovni dospělého člověka. (Skalická, 2007)

0 – 1. měsíc

U dítěte se vyvíjí fixační reflex, krátce sleduje lidské tváře, zaměřuje se na okrajové části obličeje jako jsou vlasy, brada a uši. Otáčí hlavu za zdrojem světla nebo za kontrastním předmětem. V horizontální rovině je schopno velmi krátce sledovat pomalu se pohybující předmět, není zatím schopno překročit střední linii. (Skalická, 2007)

2. měsíc

Dítě začíná navazovat oční kontakt s osobami, sleduje výrazy obličeje, pohyby rtů. Zaujmu ho zavěšené hračky nad postýlkou nebo nad kočárkem. Začíná sledovat předmět pohybující se vertikálně a postupně reaguje i na podnět nabízený z periferie. Otáčí se za zdrojem zvuku. Pohyby očí jsou stále nekoordinované. Objevuje se binokulární reflex – dítě se dívá oběma očima. (Skalická, 2007)

3. – 6. měsíc

Dítě se natahuje po hračkách ve svém okolí, bere je do rukou a prohlíží si je, zkoumá detaily. Prohlíží si své ruce ve střední linii. Mízí převaha centrálního vidění nad periferním, dítě používá zorné pole v celém svém rozsahu. Rozvíjí se akomodace. Sleduje pohybující se předmět přes středovou čáru, nevadí mu ani rychlé změny směru. Přenáší pozornost mezi dvěma objekty, např. mezi hračkou a svojí rukou. Hledá hračku, která mu upadla (zmizela ze zorného pole), najde svou oblíbenou hračku mezi ostatními. Rozvíjí se reflex konvergence, akomodace a reflex fúze. (Skalická, 2007)

7. – 12. měsíc

Dítě poznává částečně zakryté předměty. Upevňují se binokulární reflexy, dochází k rozvoji prostorového vidění. Dítě se dobře orientuje v domácím prostředí, poznává známé osoby z větší vzdálenosti. Sledovací pohyby očí jsou plynulé a koordinované. Rozeznává cizí a známé osoby. Na podložce najde drobné předměty např. korálek, drobeček. Objeví-li se v této době jakákoli asymetrie, může se již jednat o patologii a měla by být konzultována s očním lékařem. (Květoňová, 1994)

2. – 3. rok

Dochází k dokončení fúzního, akomodačního a konvergenčního reflexu. Upevňuje se binokulární vidění. Při orientaci v prostoru může mít ještě dítě horší odhad vzdálenosti (v běhu může narazit do viděného předmětu). Prohlíží a pojmenovává obrázky, ukazuje detaily. Čárá po papíře, kreslí svislé čáry a kruhy. Začíná rozlišovat základní barvy (červená, žlutá, modrá, zelená), nejprve přiřazuje stejné k sobě, později rozlišuje podle názvu. Ukáže na sobě i na jiné osobě části těla. (Květoňová, 1994)

4. – 6. rok

Dítě se orientuje ve složitém obrázku, vyhledá a ukáže detail. Popíše děj na obrázku. Třídí předměty podle velikosti, tvaru a barvy, najde rozdíly. U barev rozlišuje jednotlivé odstíny. Prostorové vidění je již plně vyvinuté. Dochází ke stabilizaci všech reflexů. Vizus se dostává k hodnotě 6/6, což odpovídá vizu dospělého člověka. (Květoňová, 1994)

1.3. Vliv zrakového postižení na vývoj jedince v jednotlivých etapách života

Zrak hraje při celkovém psychomotorickém vývoji dítěte důležitou roli. Zrakem dítě získává více než 70% všech informací ze svého okolí. Je-li tedy zrak nějakým způsobem narušen, dostává se dítěti omezeného množství informací a tím může docházet k útlumu korových center v mozku. Zásadní význam má v tomto případě to, zda se jedná o vrozené či získané zrakové postižení. *„Zrakově postižené dítě je sice limitováno v mnoha dovednostech, avšak mělo by se učit dovednosti ve stejném věku jako zdravé děti, například učit se chodit, mluvit, samostatně jíst, a to průměrně mezi jedním a dvěma lety.“* (Keblová, 2001, s 22)

Novorozenec

Novorozenecké období je doba adaptace na nové prostředí. Veškerá aktivita dítěte se řídí podle jeho přirozeného biorytmu, kdy se střídají krátké úseky bdělosti se spánkem. V důsledku různého stupně zrakové vady může docházet k narušení tohoto biorytmu. Dítě není schopno rozeznat denní dobu, tzn. že více spí přes den a častěji může být vzhůru v noci.

V tomto období též dochází k vytváření vztahu mezi matkou a dítětem. Vlivem zrakového postižení může být tento vztah narušen. Buď již po narození, zjištěním, že má dítě nějaké postižení, nebo tím, že dítě nejeví vizuální zájem o kontakt s matkou, nenavazuje zrakový kontakt. (Skalická, 2007)

Kojenec

V tomto období dochází k celkovému rychlému psychomotorickému rozvoji. Z důvodu zrakového postižení může docházet k opoždění ve všech oblastech vývoje. Pohybový vývoj postupuje pomaleji než u dětí vidících. Dítě se zrakovým postižením nemá vizuální motivaci k tomu, aby zvedalo hlavu, vzpíralo se na rukách, přetáčelo se na bok a lezlo. Toto je potřeba podpořit vhodnou stimulací a dětem s částečně zachovalými zrakovými funkcemi nabízet podněty dostatečně kontrastní a zajímavé.

Dítě se učí aktivním zkoumáním věcí kolem sebe – uchopuje předměty do rukou, prohlíží si je, strká je do úst. Toto je potřeba u dětí se zrakovým postižením podpořit nabízením zrakově stimulačních hraček a předmětů. Důležité je, aby tyto předměty dítě mělo ve svém dosahu, aby neustále mělo motivaci k poznávání.

U dětí s těžším zrakovým postižením se často objevuje větší závislost na matce, která pro dítě představuje pocit jistoty a bezpečí.

U některých dětí se v důsledku senzorické deprivace mohou objevovat některé stereotypní projevy, kterými si dítě kompenzuje nedostatek podnětů. Může se jednat o mačkání očí, stereotypní pohyby (kývání, bouchání rukou nebo nohou do podložky). Tyto stereotypy se objevují i u dětí, kterým je věnována velká pozornost a péče. Je vhodné veškeré stereotypní aktivity dítěte narušit a převádět je do únosnější formy. Ve většině případů tyto projevy přetrvávají do doby, než je dítě schopno se plně kontrolovat. (Skalická, 2007)

Batole

Vývojový úkol tohoto období je spojen s uvědoměním si sama sebe, vnímání „JÁ“ a s expanzí do okolí. Samostatná lokomoce umožňuje dítěti lépe poznávat své okolí, navazovat nové vztahy i se širším okolím. Samostatná lokomoce u dětí s těžkým zrakovým postižením bývá mírně opožděná, dítě není samo pohybově tolik aktivní, může se i bát pustit se do prostoru. Tyto obavy jsou větší v cizím prostředí, které nemá dostatečně prozkoumané.

Dítě se stále učí především praktickými činnostmi, manipulací s předměty. Děti s těžkým zrakovým postižením mají větší problém hledat předměty ve svém okolí a uchopovat je se zrakovou kontrolou. To by jim mělo být ulehčeno vhodně upravenými hračkami a pomůckami. Dítě si také delší dobu buduje představu o stálosti předmětů, toto je dáno především tím, že upuštění předmětu pro dítě většinou znamená jeho ztrátu. (Skalická, 2007)

Předškolní věk

V tomto období je důležitým úkolem zvládnout osamostatnění dítěte, to znamená dobře zvládnutá sebeobsluha, pochopení základních sociálních norem. Dítě se odpoutává od rodiny, vytváří si vztahy s vrstevníky a připravuje se na vstup do školy.

Navázání vztahů a prosazení se v kolektivu může být pro dítě se zrakovým postižením velmi obtížné.

1.4. Zrakové vady

Zrakové vady můžeme rozdělit podle doby, kdy došlo k jejich vzniku, na vady vrozené neboli kongenitální a vady získané.

Vrozené vady jsou zapříčiněny různými vývojovými anomáliemi oka. (Květoňová, 2007) „*Projev anomálií záleží na druhu škodlivin, gestačním věku a zdravotním stavu matky. Zpravidla je porucha tím závažnější, čím dříve je vývoj oka v embryonálním stadiu patologicky zasáhnut.*“ (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s 24) Příčinami vývojových anomálií jsou exogenní vlivy, např. chemické nebo fyzikální, a vlivy endogenní, tzn. dědičné.

Získané vady vznikají v průběhu života následkem úrazů nebo následkem jiného celkového onemocnění, např. diabetická retinopatie. Dále sem patří řada degenerativních onemocnění, např. makulární degenerace nebo presbiopie. (Pipeková et al., 2010)

Poruchy binokulárního vidění

Poruchy binokulárního vidění patří k nejčastějším vadám zraku v dětském věku. Nejedná se o vady ve stavbě oka, ale o vady funkční. Rozdělujeme je na šilhavost a tupozrakost. Šilhavost, neboli strabismus, je jakákoli odchylka od rovnovážného postavení očí. Tupozrakost, neboli amblyopie, je snížená zraková ostrost jednoho oka. V důsledku toho mozek dostává z postiženého oka nepřesné informace a přestává tyto informace zpracovávat – oko „vyřadí“. Významnou roli při léčbě poruch binokulárního vidění mají pleoptická a ortoptická cvičení. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Refrakční vady

Refrakční vada je stav oka, kdy se paprsky sbíhají mimo sítnici. Rozlišujeme tři druhy refrakčních vad: myopii, hypermetropii a astigmatismus. Při myopii, je oko

relativně dlouhé a paprsky se sbíhají před sítnicí. Při hypermetropii, je oko naopak relativně krátké a paprsky se sbíhají za sítnicí. Astigmatismus je nepravidelné zakřivení rohovky, které způsobuje, že se bod na sítnici nezobrazuje jako bod, ale jako čárka. Tyto refrakční vady se mohou vyskytovat samostatně nebo jako součást jiných očních vad. (Autrata, Vančurová, 2002)

Retinopatie nedonošených

Retinopatie nedonošených je nejčastější příčinou slepoty u dětí. Toto onemocnění se týká dětí, které se narodily před 32. gestačním týdnem. Tyto děti bývají v důsledku celkové nezralosti organismu, a především plic, umisťovány do inkubátoru a podstupují oxygenoterapii. V této době ještě děti nemají ukončenou vaskularizaci sítnice a po ukončení této terapie dochází ke krvácení v sítnici a sklivci. Tento stav se hojí tvorbou vaziva, které způsobuje odchlípení sítnice. Odchlípení způsobuje ztrátu vidění v různém rozsahu, od I. stupně, který představuje mírnou ztrátu, až po V. stupeň, který představuje úplné odchlípení sítnice a tedy i úplnou ztrátu vidění. Pokud se tento proces zastaví v počátečních fázích, lze ještě neovaskularizaci zastavit. (Skalická, 2007)

Atrofie zrakového nervu

Atrofie je úbytek tkáně zrakového nervu. K tomuto úbytku může docházet z nejrůznějších příčin. Postihuje papilu zrakového nervu, která je podle stupně atrofie bledá až bílá. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Hypoplázie zrakového nervu

Toto onemocnění se může vyskytovat samostatně nebo v kombinaci s jinými vrozenými patologiemi. Při hypoplázii je terč zrakového nervu zmenšen až o 50% oproti běžnému průměru. K této poruše může docházet při vývoji fetální oční štěrbin. (Vlková, Pitrová, Vlk 2008)

Glaukom

Glaukom (zelený zákal) se projevuje zvýšeným nitroočním tlakem. Tento tlak zhoršuje cévní výživu zrakového nervu, čímž dochází k jeho atrofii. Toto vede

ke zhoršené zrakové ostrosti a zužování zorného pole, které může končit trubicovým viděním, případně úplnou ztrátou vidění.

Diagnóza bývá zpravidla stanovena do 1 roku života, čím dříve se příznaky projeví, tím je prognóza onemocnění vážnější. Užívá se medikamentózní léčba, která není příliš účinná, případně chirurgický zákrok, který umožní odtok nadměrné tekutiny z oka, a tím snížení nitroočního tlaku. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Katarakta

Katarakta je zakalení oční čočky. Ztráta vidění je v tomto případě závislá na charakteru zakalení. Katarakta se řeší operativně odstraněním zkalené čočky a vložení čočky umělé. Toto bohužel není možné provádět u malých dětí z důvodu růstu oka, zde se korekce po vyjmutí zkalené čočky řeší kontaktními čočkami.

Podle doby vzniku můžeme katarakty dělit na vrozené, diagnostikované ihned po porodu – kongenitální, dále katarakty vzniklé během prvního roku života – infantilní, vzniklé v období adolescence – juvenilní, a vzniklé po 50. roce života – senilní. (Skalická, 2007)

Mikroftalmus

Jde o vrozené postižení oka, kdy je oční bulbus zmenšený. Může je objevovat jednostranně i oboustranně. Často se vyskytuje ve spojení s dalšími očními vadami jako je katarakta nebo kolobom. Z důvodu většího zakřivení rohovky bývá mikroftalmické oko krátkozraké. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Anoftalmus

Jde o vrozenou vadu, při níž bulbus zcela chybí nebo se v orbitě nachází hypoplastický rudiment bulbu. Tato vada může být jednostranná nebo oboustranná, často se objevuje v kombinaci s jinými abnormalitami. Vzniká jako následek infekčního onemocnění matky během těhotenství nebo může být dědičný. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Kolobom

Kolobom, neboli rozštěp, je vrozená oční vada. Vzniká nedokonalým uzavřením očního pohárku. Kolobom může postihovat duhovku, cévnatku, řasnaté tělísko, sítnici, zornici, ale může zasáhnout až do zrakového nervu. Často se ve spojení s kolobomy objevuje dalekozrakost, krátkozrakost a nystagmus. Kolobom nelze operativně odstranit. Stupeň zrakového postižení je závislý na stupni a lokalizaci rozštěpu. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Nystagmus

Nystagmus je poruchou motility očí. Jedná se o bezděčné pohyby očí, které jsou více či méně rytmické. Rozlišujeme několik typů nystagmu podle směru pohybů – horizontální, vertikální, diagonální a krouživý. Dále se může dělit podle kmitů na kývavý nebo záškubový. Vrozený nystagmus často doprovází další anomálie očí. V některých případech se dá operativně odstranit. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Albinismus

Při albinismu dochází z důvodu malformace živnatky k deficitu enzymu tyrozinázy a nevytváření pigmentu v melanocystech. Albinismus se může projevit jako oční choroba, kdy postihuje pouze tkáň oka, nebo v rámci celkového albinismu. Lidé trpící albinismem jsou světlopláší, reflex zornice je červený, objevuje se i nystagmus a snížená zraková ostrost. (Vlková, Pitrová, Vlk, 2008)

Kortikální postižení zraku

Kortikální postižení zraku, někdy též korová slepota, je funkční postižení zraku. Jedná se o poškození zrakového centra v mozku. Příčinou mohou být vrozené anomálie mozku, nebo jeho poškození, např. ageneze corpus callosum, hydrocefalus, mikrocefalie, atrofie mozku, hypoxie při porodu, nebo dětská mozková obrna a epilepsie.

Stanovit diagnózu kortikálního postižení zraku je velmi obtížné a vyžaduje multidisciplinární přístup. Předpokládá se, že se o něj může jednat v případě, kdy zrakové funkce jedince jsou výrazně narušeny, ale neodpovídá tomu nález běžného

oftalmologického vyšetření. V tomto případě je potřeba doplnit neurologické vyšetření zrakových drah a vyšetření funkčnosti zraku. (Skalická, 2007)

Typickými projevy tohoto postižení jsou velké výkyvy ve zrakových funkcích i z hodiny na hodinu, periferní vidění může být lepší než centrální, rychlá unavitelnost při zrakové práci, lépe reaguje na pohybující se předmět než na předmět statický, uchopuje předměty bez zrakové kontroly, lépe vidí v jemu známém prostředí. Chybí samostatná zvědavost pro nové zrakové podněty, mohou se objevit problémy při poznávání obličejů, problémy s nahloučením tzn. že dítě má problém např. rozeznat obrázky, které jsou umístěny blízko sebe, v neposlední řadě se objevují poruchy zorného pole a další. (Skalická, 2007)

2. Mozková obrna a zrakové postižení

Postižení zraku se často vyskytuje společně s dalšími poruchami. Mezi tyto poruchy, které doprovází zrakové postižení, patří právě mozková obrna.

Mozková obrna patří mezi neurovývojové poruchy a postihuje přibližně 0,5% dětí. (Vágnerová, 2008) „*DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období).*“ (Vágnerová, 2008, s.144) Mozková obrna patří k nejčastějším postižením, které způsobuje pohybové poruchy.

2.1. Příčiny a rizikové faktory mozkové obrny

Příčiny vzniku mozkové obrny

Příčiny vzniku mozkové obrny můžeme rozdělit do tří období – prenatální, perinatální a postnatální.

Do prenatálních příčin řadíme infekce matky během těhotenství, např. zarděnky, cytomegalovirus nebo toxoplazmóza. Tato infekční onemocnění mohou přejít z těhotné ženy na plod a způsobit mimo jiné poškození nezralého nervového systému. Mezi další prenatální příčiny mozkové obrny patří oběhové poruchy matky v pokročilém stadiu těhotenství a Rh inkompatibilita. (www.neurocentrum.cz)

Perinatální příčinou může být předčasný porod, přenošenost, komplikace při porodu způsobující nedostatek kyslíku nebo poranění hlavy. Pokud dojde ke kritickému snížení přísunu kyslíku do mozku, může vzniknout nevratné poškození, které se pak může rozvinout v mozkovou obrnu, někdy i kombinovanou s epilepsií a mentálním postižením. Tyto porodní komplikace však jsou jen malým procentem důvodu vzniku mozkové obrny. (www.neurocentrum.cz)

Asi v 10-20% případů mozkové obrny vzniká toto onemocnění až po narození v důsledku poškození mozku v několika prvních měsících života. K postnatálním příčinám mozkové obrny patří infekce zejména v prvních šesti měsících života. (www.neurocentrum.cz)

Všechny tyto jmenované příčiny vedou k poškození nezralého mozku a rozvoji mozkové obrny. U vrozených forem mozkové obrny se ve většině případů nepodaří zjistit příčinu tohoto postižení.

Rizikové faktory pro vznik mozkové obrny

Podle výzkumu zahraničních lékařů existuje celá řada rizikových faktorů, které mohou zvýšit pravděpodobnost rozvoje mozkové obrny. (www.neurocentrum.cz)

Jedním z těchto faktorů může být poloha dítěte při porodu. Prokázalo se, že děti s mozkovou obrnou se často rodí koncem pánevním.

Jak již bylo výše zmíněno, i komplikovaný porod je jedním z hlavních rizikových faktorů při vzniku mozkové obrny. Je to především z důvodu oběhových nebo dechových problémů dítěte během porodu.

Dalším rizikovým faktorem jsou vrozené malformace nervového systému nebo malformace mimo tento systém. Patří sem například mikrocefalie, jako jedna z viditelných známek malformace nervového systému, nebo spina bifida (rozštěp páteře).

Dalším varovným signálem jsou též epileptické záchvaty u novorozence. Epilepsie jako taková není příčinou vzniku mozkové obrny, ale je projevem poškození mozku, které může mít později podobu mozkové obrny.

V neposlední řadě můžeme mezi rizikové faktory vzniku mozkové obrny řadit i nízké apgar skóre, nízkou porodní hmotnost, nedonošenost či vícečetná těhotenství.

Všechny tyto varovné signály jsou důležitým ukazatelem pro lékaře, že dítě potřebuje zvýšený dohled a kontrolu vývoje. Ale žádný z těchto faktorů sám o sobě neznamená, že se mozková obrna rozvine. (www.neurocentrum.cz)

2.2. Formy mozkové obrny

U mozkové obrny můžeme rozlišovat několik forem podle typu motorické poruchy na spastické formy, dyskineticko-dystonickou formu a ataktickou, mozečkovou formu. (Vágnerová, 2008)

Nejčastější variantou mozkové obrny je spastická forma, kterou lze dále rozdělit podle lokalizace postižení na diparézu/diplegii, postihující dolní končetiny, hemiparézu/hemiplegii, jednostranně postihující horní a dolní končetinu a kvadraparézu/kvadraplegii, která postihuje dolní i horní končetiny. Označení paréza znamená oslabení a plegie úplné ochrnutí. U spastických forem mozkové obrny je trvalé zvýšení svalového napětí a ke kvadraparéze se často přidává i postižení intelektu.

Další formou mozkové obrny je dyskineticko-dystonická, někdy označována jako extrapyramidová. Jsou pro ni typické mimovolní kroutivé nebo záškubovité pohyby. Tyto projevy se týkají převážně horních a dolních končetin, případně svalů v oblasti obličeje. U této formy se poruchy intelektu většinou nevyskytují. (Vágnerová, 2008)

Ataktickou, neboli mozečkovou, formou mozkové obrny trpí asi 5-10% nemocných. (Vágnerová, 2008) U této formy je postiženo vnímání rovnováhy a koordinace pohybů. Velmi často se u ní objevuje i porucha intelektu.

Výše jmenované formy se velmi často nevyskytují samostatně, ale mohou se kombinovat. Stanovit diagnózu mozkové obrny nelze okamžitě po narození. V prvních měsících života se projevuje jako centrální hypotonický syndrom, čím delší je toto období, tím vážnější postižení lze očekávat. Definitivní podoba mozkové obrny se ještě vyvíjí, proto není možné stanovit diagnózu před druhým rokem. Její příznaky se objevují většinou do 3 let věku dítěte. (Vágnerová, 2008)

2.3. Další postižení provázející mozkovou obrnu

K mozkové obrně se velmi často přidružují další zdravotní postižení. Mimo již zmíněnou poruchu inteligence je to i epilepsie, růstové problémy, hydrocefalus, poruchy řeči, vady sluchu a zraku. Velmi častý je výskyt strabismu nebo centrálního postižení zraku.

Mentální retardací trpí asi jedna třetina dětí s mozkovou obrnou. Nejčastěji se přidružuje k určitým formám mozkové obrny a to ke spastické kvadraparéze, kvadraplegii a tetraparéze. (www.neurocentrum.cz)

Téměř polovina dětí trpících mozkovou obrnou trpí i epileptickými záchvaty. Tyto záchvaty se pojí s poruchou vědomí, s tonicko-klonickými křečemi celého těla a dalšími doprovodnými jevy. (www.neurocentrum.cz)

Dalším doprovodným postižením je hydrocefalus. Jedná se o poruchu tvorby a cirkulace mozkomíšního moku, což může vést ke zvyšování nitrolebního tlaku a nepříznivě tak ovlivnit prokrvení mozku. To může mít za následek zhoršování motorických oblastí mozku. (www.neurocentrum.cz)

V neposlední řadě se k mozkové obrně často přidružují i poruchy zraku a sluchu. Mezi nejčastější poruchy zraku patří strabismus, ať už konvergentní nebo divergentní. Toto postižení často vede u dětí k rozvoji amblyopie a u dospělých jedinců k diplopii. Včasným zahájením léčby je možné amblyopii odstranit. Léčba strabismu se provádí konzervativně a to nasazením vhodné brýlové korekce nebo okluzí vedoucího oka. Pokud tato léčba selže nebo není vhodná, je možné strabismus odstranit i operativně. U dětí s hemiparézou se často objevuje i hemianopie, což je oboustranný výpadek poloviny zorného pole. Další zrakovou vadou, která může provázet mozkovou obrnu, je retinopatie nedonošených. Toto onemocnění se týká dětí předčasně narozených, které podstoupily kyslíkovou terapii v inkubátoru. (www.neurocentrum.cz)

Nelze opomenout ani růstové problémy, ty se objevují u dětí se středně těžkými a těžkými formami mozkové obrny, především spastické kvadruparézy a tetraparézy.

2.4. Komplexní péče o osoby s mozkovou obrnou

Mozková obrna se v současné době nedá vyléčit. Vhodným a včasným zahájením léčby a rehabilitace se dají ale zmírnit dopady tohoto postižení na život člověka. Léčebný postup je vždy velmi individuální, neexistuje totiž jednotný postup, který by byl účinný pro všechny, kteří trpí mozkovou obrnou. (www.neurocentrum.cz)

Při léčbě mozkové obrny je důležité, aby spolupracoval multidisciplinární tým, který se skládá z odborného lékaře - dětského neurologa, fyzioterapeuta, ortopeda, logopeda, neurochirurga, dětského psychologa, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka. (www.neurocentrum.cz)

Dětský neurolog by měl být vedoucím tohoto multidisciplinárního týmu, sestavuje komplexní léčebný plán a doporučuje další postupy a sleduje celkový psychomotorický vývoj dítěte. (www.neurocentrum.cz)

Fyzioterapeut sestavuje individuální cvičební program pro zlepšení motorických funkcí. Volí vhodnou rehabilitační metodu, kterou s dítětem provádí a zaškoluje v jejím provádění i rodinu nemocného, protože je velmi důležité jednotlivá cvičení opakovat i několikrát denně. (www.neurocentrum.cz)

Ortoped se zaměřuje na konzervativní a operační postupy u poruch pohybového aparátu. Doporučuje též vhodné kompenzační pomůcky, ať už jde od polohovací zařízení či vhodnou speciální obuv. (www.neurocentrum.cz)

Neurochirurg řeší vady mozku a míchy, operačními postupy napomáhá léčbě spasticity nebo epilepsie.

Svou nezastupitelnou roli v týmu má i logoped, který řeší nejen problémy týkající se poruch řeči, ale i potíže s kousáním a polykáním.

Psycholog pomáhá nejen samotnému nemocnému, ale i celé rodině zvládat náročnou životní situaci a stres, který přináší. Dále pomáhá řešit specifické poruchy chování, které se u jedinců s mozkovou obrnou mohou vyskytovat. (www.neurocentrum.cz)

Dalším důležitým členem týmu je i speciální pedagog, který napomáhá při výchově a výuce dětí, ale i dospělých s mozkovou obrnou.

Sociální pracovník pomáhá rodině v oblasti využití státní podpory, vyhledáváním organizací a napomáhá k integraci nemocného do společnosti.

Velmi důležitým členem týmu je i rodina a pečovatelé, kteří jsou s nemocným denně ve styku. Podpora a motivace nemocného ze strany nejbližších výrazně napomáhá úspěšnosti všech léčebných metod a postupů. Je zásadní, aby celý tento tým spolupracoval. (www.neurocentrum.cz)

3. Raná péče

Narození dítěte s jakýmkoli druhem postižení je pro rodinu vždy velká zátěž. Pro tyto rodiny zde existuje služba rané péče, která se jim snaží pomoci projít tímto náročným obdobím. Raná péče je komplex služeb, který se zaměřuje na rodinu, ve které vyrůstá dítě s postižením nebo ohrožením vývoje.

Definice rané péče dle zákona zní: *„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“* (zákon č. 108/2006 Sb., §54)

Jak je z této definice zřejmé, služby rané péče jsou zaměřeny nejen na podporu vývoje dítěte, ale na rodinu jako celek. Více než 80% všech služeb, které střediska rané péče nabízejí, se odehrává v terénu – v domácím prostředí uživatelů služby. Hlavním důvodem, proč je tato služba poskytovaná v přirozeném prostředí uživatelů, je to, že se zde rodina cítí nejlépe a nejbezpečněji. Snáze se tak navodí atmosféra důvěry, která je nezbytná nejen pro psychickou podporu rodičů, ale je i důležitým předpokladem spolupráce s dítětem. Tato služba je garantovaná zákonem, a je pro její uživatele zcela bezplatná.

Službu rané péče poskytují v České republice různá střediska. Ty se dělí podle cílové skupiny a místa působení. Pro rodiny, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým postižením, poskytuje služby Společnost pro ranou péči s pobočkami v Českých Budějovicích, Brně, Olomouci a Ostravě a Střediska pro ranou péči o.p.s. v Liberci, Plzni a Praze. Rodinám, kde vyrůstá dítě se sluchovým a kombinovaným postižením, poskytuje své služby Středisko rané péče Tamtam, které má dvě pobočky – v Praze a v Olomouci. Prostřednictvím těchto poboček zajišťuje celorepublikové působení. Ranou péči pro rodiny, ve kterých vyrůstá dítě s jiným než zrakovým a sluchovým postižením, zajišťují již střediska s regionální působností. Největší působnost má Raná péče Diakonie Stodůlky, která své služby nabízí rodinám z Prahy, Středočeského, Plzeňského a Ústeckého kraje. V této práci, bych se ráda věnovala střediskům rané péče pro rodiny, v nichž vyrůstá dítě se zrakovým a kombinovaným postižením.

3.1. Služby středisek

Jak již bylo zmíněno výše, převážnou část služeb středisek představují služby terénní. Těmito službami jsou konzultace v rodinách uživatele, které se uskutečňují po předchozí domluvě 1x za 1 až 3 měsíce. Každá rodina dostane přiděleného klíčového pracovníka - „svého poradce“, který je s rodinou v nejčastějším. Poradce rané péče na konzultace vozí speciální pomůcky a hračky, jejichž prostřednictvím se snaží dítě motivovat ke konkrétním aktivitám. Tyto pomůcky si mohou rodiče zapůjčit do další konzultace a sami s nimi intenzivně pracovat. Dále je možnost přímo v rodině probrat možnosti úpravy prostředí pro dítě, aby bylo pro něj co nejvíce přehledné a stimulující. Během konzultací je vždy čas nejen pro dítě, ale i pro ostatní členy rodiny. Rodiče mají možnost řešit se svým poradcem aktuální otázky a problémy, ať už jsou to otázky týkající se státní podpory, speciálních rehabilitačních pomůcek, hledání vhodného návazného zařízení pro dítě, nebo jiné tíživé situace v rodině. Poradce poskytuje rodině podporu v náročné situaci, naslouchá potřebám a obavám rodičů, snaží se společně s nimi hledat možná východiska a řešení.

Další službou, kterou střediska nabízejí, jsou ambulantní konzultace ve středisku. Vzhledem k cílové skupině dětí se zrakovým postižením, je jeden z ambulantních programů věnován konzultacím v oblasti zrakového vývoje – stimulaci zraku. Další ambulantní programy nabízejí střediska podle svých personálních možností, může to být konzultace s fyzioterapeutem, odborníkem na alternativní a augmentativní komunikaci, muzikoterapeutem nebo s psychologem.

Mezi ambulantní služby patří i setkávání rodin, odborné semináře a pobytové akce. Minimálně 2x ročně pořádají střediska setkávání svých klientských rodin. Rodiny zde mají možnost se mezi sebou potkat a předat si své zkušenosti, nebo si jen tak popovídat s někým, kdo řeší podobné problémy. Tato setkání bývají často doplněna nějakým programem, např. prezentací rehabilitačních nebo jiných pomůcek pro děti. Odborné semináře pořádá středisko ve spolupráci s dalšími odborníky. Rodiny mají možnost si sami zvolit, jaké téma by seminář měl mít. Vždy se toto téma řídí aktuálními potřebami rodin. Pobytové akce pořádají střediska zpravidla jednou ročně. Rodině je zde nabízen odborný program, který zahrnuje jak práci s dětmi s postižením, tak

i program pro celé rodiny, tedy i pro sourozence, a večerní program je věnován rodičům v podobě odborných přednášek nebo relaxačních či výtvarných technik.

V neposlední řadě patří k poskytovaným službám i doprovod. Ten rodiče mohou využít jednak při hledání vhodného návazného zařízení, pro které pak poradce může sepsat doporučení pro další práci s dítětem, nebo doprovod k odbornému lékaři. Při návštěvách odborných lékařů většinou bývají rodiče vystaveni stresové situaci a lékař má velmi málo času na vysvětlování jednotlivých diagnóz či jejich prognóz. Pro tyto situace je tam jako podpora rodičů jejich poradce, který s nimi vše pak může znovu probrat a vysvětlit informace sdělované lékařem.

Střediska rané péče vydávají pro své klienty časopis, který je jedinou placenou službou a rodiny se mohou rozhodnout, zda jej chtějí odebírat či nikoli. Tento časopis je sborníkem nápadů a článků od poradců jednotlivých středisek a dalších odborníků, velkou část tvoří i příspěvky z rodin s nápady na pomůcky, pobyty a osvědčené hračky.

Další důležitou službou, kterou střediska nabízí, je zprostředkování kontaktů mezi jednotlivými rodinami, přenos zkušeností, nápadů a typů mezi jednotlivými rodiči.

3.2. Metody rozvoje zrakových funkcí - stimulace zraku a zrakový trénink

Jednou ze stěžejních činností středisek rané péče pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením, je podpora zrakového vývoje, která se uskutečňuje především během konzultací v rodině. K tomuto účelu slouží dvě metody, které lze využít k rozvoji postiženého zraku. Jedná se o stimulaci zraku a zrakový trénink. „*Cílem metod rozvoje zrakového vnímání je dosáhnout maximálního rozvoje zbylých funkcí a jejich maximální možné využití v běžném životě dítěte.*“ (Skalická, 2007, s.3)

Stimulace zraku se využívá u dětí s velmi těžkým zrakovým postižením. Je velmi důležité umožnit ji všem dětem, u kterých nelze bezpečně potvrdit úplnou nevidomost, protože i ten nejmenší zbytek zraku lze, pomocí stimulace a později zrakového tréninku, cvičit, a může dítěti v budoucnu pomoci, např. při orientaci v prostoru (dítě může být schopno rozeznat zdroje světla nebo překážky). Stimulace

zraku se provádí ve speciálně upraveném prostředí, kde se využívají nejrůznější světelné nebo kontrastní pomůcky. (Skalická, 2007)

Tuto metodu lze praktikovat i bez aktivní účasti dítěte. Jedná se o pasivní působení zrakově dostatečně zajímavých podnětů, které působí na rozvoj zrakových drah a center v mozku. (Skalická, 2007)

Druhou metodou, jejíž prostřednictvím dochází k rozvoji zrakových funkcí, je zrakový trénink. Na rozdíl od stimulace zraku, je zde již nutná aktivní spolupráce dítěte. Jedná se totiž o uvědomělý nácvik využívání zrakových funkcí. (Skalická, 2007)

Dítě se učí využívat zachované zrakové funkce v jednotlivých činnostech, např. při orientaci v prostoru nebo při vytváření zrakových představ. Učí dítě zapojovat svůj zrak při každodenních činnostech. (Skalická, 2007)

Stimulace zraku i zrakový trénink by měli být s dítětem prováděny formou hry. Zraková práce je velmi náročná a děti se mohou velmi rychle unavit. Proto je důležité volit pro nácvik zrakových funkcí dobu, kdy bude dítě odpočínuté, spokojené a co nejlépe soustředěné. Zásadní je též poloha, ve které se s dítětem pracuje. Ta musí být pro dítě co nejpříjemnější, zároveň v ní musí mít dostatek prostoru pro aktivitu. U dětí s kombinovaným postižením jsou vhodná nejrůznější polohovací zařízení, například rehabilitační židle. Záleží ale na dítěti, ve které poloze se cítí nejlépe a nejbezpečněji, a ve které bude chtít spolupracovat. (Skalická, 2007)

Nácvik všech zrakových dovedností je velmi dlouhodobý proces, který má své určité zákonitosti a vždy prochází jednotlivými fázemi. Skalická (2007) uvádí těchto 10 fází:

1. Fáze motivační – cílem této fáze je zaujmout dítě a získat ho pro spolupráci. Toho lze docílit prostřednictvím silného zrakového podnětu, který lze doplnit pro lepší upoutání pozornosti podnětem hmatovým, čichovým či sluchovým. Důležité je využívat pro dítě dostatečně zajímavé a kontrastní podněty.

2. Fáze uvědomění – v této fázi je důležité, aby si dítě uvědomilo, že zrakový podnět je určen jemu. Toho lze dosáhnout opakovaným nabízením podnětů, např. vždy ve stejnou dobu nebo za stejné situace.

3. Fáze lokalizace – pokud si již dítě zrakový podnět plně uvědomuje, učí se ho samo najít – lokalizovat. Je velmi důležité nabízet dítěti podněty, které jsou ke svému pozadí dostatečně kontrastní, aby bylo pro dítě možné je nalézt.

4. Fáze fixace – v této fázi se dítě učí se ovládat pohyby očí a zaměřit zrak na určitý podnět.

5. Fáze přenášení pozornosti – předpokladem pro zvládnutí této fáze je schopnost fixovat podnět. Dítě se zde učí přenášet svůj pohled z podnětu na podnět.

6. Fáze sledování objektů v pohybu – dítě sleduje zrakový podnět v pohybu ve všech směrech, přibližující se i vzdalující se.

7. Fáze orientace v prostoru, tzn. skenování – v této fázi se dítě učí propojit všechny své naučené dovednosti, které využije k orientaci ve větším prostoru (např. v místnosti, venku...) a k orientaci do blíзка na ohraničené ploše (např. při vyhledávání drobných předmětů na podložce...).

8. Fáze senzomotorické koordinace – cílem této fáze je dosáhnout souhry oko-ruka, oko-noha. Dítě se učí uchopovat předměty se zrakovou kontrolou.

9. Vytváření zrakových představ – pokud dítě opakovaně vnímá určitý objekt, postupně jej poznává podle charakteristických znaků (velikost, barva, tvar...) a je schopno přiřadit k němu konkrétní pojmenování – vytvořit si pojem.

10. Fáze symbolická a zobecnění – v této fázi dítě přechází od trojrozměrných podnětů k dvojrozměrným. Tato fáze poznávání symbolů a tvarů, vyjádřených např. pouze konturou, předchází poznávání písmen. (Skalická, 2007)

Stimulace zraku i zrakový trénink probíhají dvěma způsoby – úpravou prostředí a cíleným nácvikem užívání zachovaných zrakových funkcí. K tomu, aby se s dítětem mohlo začít pracovat na rozvoji zraku, je důležité nejprve zjistit, do jaké míry a jakým způsobem dítě zrak využívá. K tomu slouží posouzení zrakových funkcí (funkční vyšetření zraku), které provádí zrakoví terapeuti (např. v Centru zrakových vad při FN Motol) nebo instruktoři stimulace zraku (pracovníci středisek rané péče – speciální pedagogové s absolvovaným akreditovaným kurzem Instruktor stimulace zraku).

3.3. Posouzení zrakových funkcí v rané péči

Posouzení zrakových funkcí, nebo též funkční vyšetření zraku, provádí speciálně vyškolení pracovníci středisek – instruktoři stimulace zraku.

Toto posouzení slouží ke zjištění toho, jak dítě svůj zrak využívá. Není to tedy běžné oftalmologické vyšetření, ale zjišťuje funkčnost zraku.

Základem pro toto posouzení je rozhovor instruktora stimulace zraku s rodiči, zjištění diagnózy dítěte, zda dítě nosí brýlovou korekci, případně čočky, zda prodělalo nějakou operaci. Důležité je zjistit nejen diagnózu z oblasti zraku, ale i případné další diagnózy, např. neurologické, protože i ty mohou mít vliv na kvalitu vidění. Dále se při rozhovoru zjišťuje, co rodiče u dítěte pozorují v domácím prostředí, například to, zda dítě reaguje na světlo, otáčí se za hračkami, zda hračky uchopuje, přibližuje si je, na jakou vzdálenost reaguje na členy rodiny atd. (Skalická, 2007)

Po zjištění všech těchto základních údajů přichází na řadu samotná práce s dítětem. Základním předpokladem pro dobré posouzení zrakových funkcí je dát dítěti dostatek času, aby se zadaptovalo na nové prostředí a na člověka, který bude posouzení provádět. Dále je naprosto zásadní zvolit vhodnou polohu, ve které se bude dítě cítit příjemně, bezpečně, a ve které bude aktivní. U dětí s kombinovaným postižením je vhodné využít nejrůznější polohovací zařízení, speciální sedací systémy nebo rehabilitační vaky.

Při posouzení zrakových funkcí zjišťujeme pásmo zrakové ostrosti, omezení zorného pole, poruchy centrální nervové soustavy, poruchy okulomotoriky, zvláštnosti postavení hlavy. (Skalická M., 2007)

Zrakovou ostrost lze zjistit pomocí standardizovaných testů, např. LH Gratings nebo Teller acuity card nebo Cardiff. Těmito testy nelze stanovit přesnou hodnotu zrakové ostrosti, ale výsledek lze porovnat s rozpětím dané normy a zjistit, zda je dítě v normě či pod ní a v jaké pásmu slabozrakosti se eventuálně může nacházet. (Skalická, 2007)

U zjišťování omezení zorného pole sledujeme, zda se v zorném poli dítěte neobjevují skotomy v centrální nebo periferní části zorného pole. (Skalická, 2007)

Projevem poruch centrální nervové soustavy může být například měnící se schopnost vidění, malá zraková pozornost či zvědavost nebo rozdílné chování ve známém a cizím prostředí. (Skalická, 2007)

Během posouzení zrakových funkcí je třeba sledovat i okulomotoriku – postavení očí, zda je paralelní a zda jsou oční pohyby symetrické a koordinované.

Důležité je i postavení hlavy, sleduje se, zda dítě hledí zpříma nebo zda při zrakové práci natáčí hlavu k pravému či levému rameni, zaklání hlavu či ji jakkoli jinak natáčí. Tyto zvláštnosti u postavení hlavy mohou signalizovat problémy se zrakem a hledání si tak vhodného kompenzačního postavení. (Skalická, 2007)

4. Speciálně pedagogická podpora vývoje dítěte se zrakovým a kombinovaným postižením

Pro praktickou část práce byli vybráni dva chlapci ve věku 7 let a 2 roky 3 měsíce. Starší z chlapců – Pavlík, má kombinované postižení, a to mozkovou obrnu, agenesi corpus callosum, epilepsii, hypermetropii, strabismus a atrofii zrakového nervu. Mladší Míša má čistě zrakové postižení – vrozené vady sklivce. Rodiny obou chlapců byly uživateli služeb Střediska rané péče pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením v Plzni a obě daly souhlas s uveřejněním některých osobních údajů (jméno a diagnóza) pro účely této práce. Tito chlapci byli vybráni především z důvodu odlišného handicapu, bylo tedy možné na jejich příkladu dobře popsat a porovnat specifika práce s celou rodinou i s nimi samotnými.

Cílem je popsat vývoj obou chlapců v jednotlivých oblastech a spolupráci rodiny se střediskem rané péče. Stručně analyzovat jednotlivé metody práce s dětmi, reedukaci zraku a využití zrakově stimulačních a kompenzačních pomůcek.

Pro dosažení tohoto cíle byla využita metoda pozorování, rozhovoru a experimentu během přímé práce s oběma chlapci.

4.1. Pavlík

Věk : 7 let

Dg: DMO kvadruparéza

Ageneze corpus callosum

Epilepsie

Hypermetropie

Atrofie zrakového nervu

Strabismus

Rodinná anamnéza

Pavlík se narodil do úplné rodiny jako chtěné dítě. Žije na malé vsi s oběma rodiči a starším bratrem Markem. Ze strany otce má starší sestru z prvního manželství.

Osobní anamnéza

Těhotenství a porod probíhal bez jakýchkoli komplikací, narodil se ve 39. týdnu těhotenství. Do 4. měsíce jeho vývoj probíhal naprosto bez potíží. Po 4. měsíci si maminka všimla zvýšeného tonu v končetinách. Upozornila na to tedy dětskou lékařku, která je odeslala na neurologické vyšetření a na rehabilitaci. Po sérii vyšetření se u Pavlíka diagnostikovala ageneze corpus callosum. V 8 měsících prodělal febrilní křeče, po kterých následovalo celkové výrazné zhoršení. Pavlík přestal dělat věci, které do té doby zvládal – zvedání hlavičky, přetáčení se ze zad na bříško v obou směrech. Objevily se u něj záchvaty spojené s propínáním svalů a výpadky vědomí.

Po dalších vyšetřeních byla Pavlíkovi diagnostikována epilepsie, došlo k rozvoji dětské mozkové obrny – kvadraparetické formy. Dále se u Pavlíka diagnostikovala hypermetropie, atrofie zrakového nervu a strabismus.

Rodiče začali s Pavlíkem docházet na rehabilitaci, zpočátku cvičili pouze reflexní lokomoci dle Vojty, později přidali některé protahovací cviky z Bobath konceptu.

Ve 3 letech rodiče kontaktovali Středisko rané péče Plzeň, které poskytuje své služby rodinám, v nichž vyrůstá dítě se zrakovým a kombinovaným postižením.

V 5 letech se rodiče dozvěděli o možnosti snížení spasticity u Pavlíka, formou chirurgického zákroku - selektivní dorzální rizotomie. Kontaktovali MUDr. Živného z Neurocentra, kde se na této operaci dohodli.

Operace proběhla bez komplikací a Pavlík se po ní velmi dobře zotavil. Výsledkem bylo výrazné uvolnění napjatých svalů na horních i dolních končetinách.

V září 2009 začal Pavlík docházet do denního stacionáře Človíček v Plzni.

Hrubá motorika

Pavlík sedí v RHC židličky, v denním stacionáři Človíček pracují i ve vertikalizačním stojanu, ten zatím nemá doma k dispozici. Sám nesedí. Vleže na bříšku zvedá hlavičku, krátce se vzepře na ručičkách, přetočí se ze zad na bříško.

Jemná motorika

Jemná motorika se u Pavlíka postupně zlepšovala. Zpočátku byl úchop předmětů velmi nejistý, bylo potřeba vkládat předměty přímo do dlaně. Po operaci (dorzální rizotomii) se úchop výrazně zlepšil. Nyní se Pavlík sám snaží uchopovat předměty do obou rukou, více ale preferuje pravou. Nevadí mu různé povrchy a materiály – líbí se mu přírodní materiály (ořechy, kaštiny vysypané do misky). Předměty uchopuje dlaňovým úchopem. Umí sundat předměty ze suchozipové desky, bouchá do bubínku, otáčí pevné stránky v knížce. Kvůli DMO jsou pohyby rukou nekoordinované.

Zrakové vnímání

Cílem spolupráce bylo podpořit zrakové vnímání, zaměřit se na zrakový trénink, na podporu všech zrakových funkcí. Rozvoj zrakového vnímání byl zaměřen na rozvoj fixace, sledování předmětu v pohybu, koordinace oko-ruka, poznávání obrázků.

Pavlík nyní nosí dioptrické brýle 2D. Sleduje předmět v pohybu i přes středovou čáru. Pozornost přenáší mezi několika objekty. Hezky se orientuje v ploše – mapuje celou plochu, kde vyhledá kontrastní předmět. Rád prohlíží obrázky, vybere ze dvou nabízených obrázků (s konturou a kontrastním pozadím) umístěných na ploše i nabízených z prostoru. Hezky navazuje zrakový kontakt. I přes horší koordinaci rukou uchopuje předměty většinou se zrakovou kontrolou. Ukáže některé části obličeje

Sluchové vnímání

Pavlík má rád zvukové hračky a hudbu. Líbí se mu říkanky s pohybem, básničky. Dokáže si sám pustit zvukové hračky, hrací panely.

Sebeobsluha

Pavlík nosí plenky, s pomocí pije z hrnečku s pítkem, ukusuje chleba. Pravidelně dochází na logopedii, kde pracují na zlepšení kousání a polykání.

Komunikace

Pavlík komunikuje úsměvem, neartikulovanými hlasovými projevy, vokalizací. Zkouší napodobovat některé slabiky a slova. Umí dát najevo, že se mu něco nelíbí. Maminka s Pavlíkem pravidelně docházela na alternativní a augmentativní komunikaci

do Střediska rané péče ke speciální pedagožce, paní Hemzáčkové. Trénují komunikaci prostřednictvím obrázků, gest a komunikátorů.

Charakteristika dítěte

Pavlík je velmi milý a zvědavý chlapec, zajímá se o vše nové kolem sebe. Má rád společnost, snaží se komunikovat. Má oblíbené zvukové hračky, sám si je spouští, poslouchá hudbu, sleduje televizi – pohádky s bráškou. Rád prohlíží obrázkové knížky – chce si sám otáčet stránky. Pavlík má rád, když s ním někdo „blbne“, pozoruje brášku, jak si hraje. Velmi citlivě reaguje na situace v jeho okolí, vadí mu hlučná mluva, pozná, když je někdo z rodiny rozzlobený.

Průběh služby raná péče:

Rodiče kontaktovali Středisko rané péče Plzeň, když byly Pavlíkovi 3 roky. Kontakt získali na oční klinice FN Plzeň.

Cílem rodiny bylo dosáhnout u Pavlíka maximálního možného rozvoje ve všech oblastech. Na začátku spolupráce bylo zásadní zjistit, jak Pavlík vidí a na co reaguje. Ve Středisku rané péče bylo provedeno funkční vyšetření zraku, na jehož základě byl stanoven individuální plán pro rozvoj zrakových funkcí.

Rodina do této doby neměla žádné informace o možnostech kompenzačních pomůcek a vzhledem k pohybovému handicapu, bylo nutné zajistit pro Pavlíka odpovídající polohovací zařízení, ve kterém se bude cítit příjemně a bude ochoten cíleně pracovat. Rodičům byly tedy předány kontakty na firmy, které vyrábí dětské rehabilitační pomůcky.

Po zajištění vhodné polohy se u Pavlíka prodloužila doba soustředění, maminka s ním mohla lépe pracovat.

Dále se spolupráce zaměřovala na rozvoj komunikace. Z důvodu kombinovaného postižení nebylo možné dosáhnout artikulované řeči. Pavlík se dorozumíval pouze úsměvem, pláčem a neartikulovanými skřeky. Rodiče tedy začali využívat ambulantního programu Střediska alternativní a augmentativní komunikace. Zde se Pavlík postupně naučil komunikovat pomocí reálných předmětů a obrázků – výběrem ze dvou a komunikátorů s hlasovým výstupem.

Dalším cílem rodiny bylo získávání informací nejen o rehabilitačních pomůckách, ale i o návazných zařízeních, která by mohl Pavlík navštěvovat, o dalších odbornících (např. logoped, ortoped a dalších) a v neposlední řadě také získat kontakty na jiné rodiny, ve kterých vyrůstá dítě s podobným postižením jako má Pavlík.

Rodina využívala možnosti konzultací 1x za 2 měsíce. Účastnili se též odborných seminářů pořádaných Střediskem, setkání rodičů a rehabilitačního pobytu pro rodiny. Celkem v rodině proběhlo 25 konzultací.

4.2. Míša

věk: 2 roky 3 měsíce

dg: vrozené vady sklivce

Rodinná anamnéza:

Míša se narodil jako chtěné dítě do úplné rodiny. Bydlí s rodiči a dvěma staršími sourozenci v panelové domě v malém městě. Míšův starší bratr Ondřej, též trpí vážnou oční vadou (glaukom, katarakta), v jejímž důsledku je prakticky nevidomý.

Osobní anamnéza:

Míša se narodil z rizikového těhotenství sekcí ve 40. týdnu těhotenství. Z důvodu rodinné zátěže byl po narození odeslán k vyšetření na oční kliniku, kde byla stanovena diagnóza vrozené vývojové vady sklivce.

Protože rodina spolupracovala se Střediskem rané péče Plzeň již v minulosti, z důvodu zrakové vady staršího syna Ondřeje, začali spolupracovat se Střediskem ihned po zjištění diagnózy. Míšova zraková vada je neoperabilní, dochází pouze na pravidelné kontroly na oční kliniku do FN Motol.

Hrubá motorika:

Míšův pohybový vývoj se zpočátku mírně opožďoval. Plazit se začal až ve 14 měsících. Nyní Míša obchází nábytek, chodí za ruku, do prostoru se zatím bojí

sám pustit. Krátce vydrží chodit po místnosti s chodítkem, které tlačí před sebou, neustále se ale verbálně ujišťuje, zda je maminka nablízku. Chůze je o široké bázi. Skáče snožmo na místě, vyleze na postel i pohovku, slézt se zatím bojí.

Jemná motorika:

Zpočátku se Míša bál brát cokoli do rukou. Ruce si držel u těla, vložené předměty do rukou okamžitě odhazoval. Postupně začal sám hmatem prozkoumávat své nejbližší okolí. Nyní sám bere předměty do rukou, pokud jsou zvukové, chřestí s nimi a zkoumá je hmatem. Předměty, které nevydávají zvuky okamžitě zahazuje. Velmi si oblíbil vibrační hračky – vydrží je velmi dlouho prozkoumávat, strká si je do pusinky. Stále se ještě bojí některých materiálů – předměty z měkké gumy, chlupaté hračky, vadí mu drsné materiály. Nerad bere do rukou jídlo, pokud je to ale něco oblíbeného, sám to vyhledává a strká do pusinky. Rád zkoumá zvukové hračky, mačká knoflíky na multifunkčních panelech. Nemá rád, když mu někdo vede ruku.

Zrakové vnímání:

V současné době je u Míši zachován světlocit. Najde výrazný světelný zdroj – light box (světelný panel), reaguje i na menší světelný zdroj, např. baterka v kelímku. Za světelnými zdroji se otáčí, reaguje na ně i z větší vzdálenosti (u light boxu 20x20cm reaguje z cca 3m). Při hledání nesvětelných předmětů kolem sebe, používá pouze hmat. Míša zvládne mapovat plochu světelného panelu – dokáže na něm lokalizovat obrázky a předměty o vel. cca 15cm. Nyní zkouší vyhledávat i menší předměty (kostky o vel. 5x5cm), když je dobře naladěný, nechá si vést ruku. Míšovi výrazně vadí ostré světlo – venku na sluníčku se odvrací, schovává si oči.

Sluchové vnímání:

Míša má velmi rád hudbu – směje se u ní, pláče, když přestane hrát. Hezky reaguje na mluvené slovo, reaguje na své jméno, rozumí jednoduchým pokynům – dej, vezmi si, pojď... Rád zkoumá hudební nástroje, otáčí se za jejich zvukem.

Sebeobsluha:

Míša jí všechna jídla, kouše bez obtíží. Pokud mu něco hodně chutná, dává si to sám do pusinky. Pije z hrnečku s pítkem. Čistotu zatím nedodrží – celodenně nosí pleny. Při vysazování na nočník nebo WC se brání.

Komunikace:

Míša si rád hraje s hlasem, zkouší různé slabiky, začíná opakovat jednoduchá slova - máma, táta, bába ... Naučená slova dokáže cíleně použít – umí si říct, když něco chce - ham, hají, lalala...

Charakteristika dítěte:

Míša ji milý a zvědavý chlapec. Má rád hudbu a zvukové hračky. Nejraději je v blízkosti maminky, vždy se ujišťuje, že je nablízku. Líbí se mu říkanky s pohybem, rád poslouchá pohádky.

Průběh služby:

Vzhledem k tomu, že rodina již v minulosti využívala služeb Střediska rané péče Plzeň, začala spolupráce se Střediskem ihned po zjištění Míšovy diagnózy. Doposud proběhlo v rodině 11 konzultací.

Cílem spolupráce je rozvoj zachovaných zrakových funkcí, motivovat Míšu k využívání zraku. Zaměřujeme se na intenzivní stimulaci zraku a zrakový trénink pomocí úpravy prostředí a vhodných pomůcek. Rozvoj zrakového vnímání je zaměřen na práci se světelnými a ozvučenými pomůckami. Dále se zaměřujeme na rozvoj prostorového vnímání, jemné motoriky a jemnocitu.

Rodina je spolupracující, rodiče mají zájem o získávání nových informací o možnostech a metodách rozvoje zrakového vnímání. Rodičům byl již v minulosti předán kontakt na Speciálně pedagogické centrum, se kterým spolupracují.

4.3. Porovnání případových studií

Poskytování služeb rané péče se v těchto rodinách v mnohém shodovalo, ale i lišilo. V obou rodinách byla na začátku služby důležitá podpora v náročné životní situaci, provázení a naslouchání. Žádná z rodin o postižení svého dítěte až do jeho narození nevěděla. Obě rodiny se snažily zjistit co nejvíce informací o postižení svého dítěte. U Míši došlo k diagnostice zrakové vady přeci jen o něco dříve, než u Pavlíka. Míšova rodina navíc již měla zkušenost s dítětem s těžkým zrakovým postižením, protože jeho starší bratr je prakticky nevidomý, věděli tedy co zhruba mohou očekávat. Pro Pavlíkovu rodinu to bylo naopat první setkání s postižením, vznikaly zde tedy četné otázky na budoucnost nejen Pavlíka, ale i celé rodiny.

Velký rozdíl byl ale v metodách práce se samotným dítětem. Vzhledem k tomu, že Pavlík má kombinované postižení, bylo nutné při činnostech zohlednit více hledisek. Zásadní pro práci byla především vhodná poloha, ve které se co nejméně projevovaly spasmy a dyskineze. To znamenalo najít nejprve vhodné polohovací zařízení, které všechny tyto požadavky splnilo. Naproti tomu u Míši tato potřeba nebylo. Přesto, že se jeho pohybový vývoj mírně opožďoval, nebylo potřeba volit žádné speciální polohy nebo hledat vhodné polohovací zařízení. Míša si své polohy vždy určoval sám, nejprve vleže na zádech či břišku, později na kolínkách a nyní v sedu.

Práce s Pavlíkem byla zaměřena na zrakový trénink, na rozvoj jemné i hrubé motoriky a poznávacích procesů. U zrakového tréninku byla velmi důležitá úprava prostředí pro jeho snadnější orientaci. Nebylo nutné využívat speciální světelné pomůcky, postačily běžné hračky zvýrazněné fosforovými a kontrastními polepkami. Hračky a pomůcky byly Pavlíkovi nabízeny na kontrastní podložce, pro odbourání rušivých vlivů z okolí. Pavlík se naučil i poznávání jednoduchých obrázků (nejprve fotografií členů rodiny a reálných předmětů denní potřeby na jednoduchém pozadí a později obrázky s výraznou konturou). I pro tuto činnost se kontrastní deska stala nezbytným pomocníkem, protože nabízení obrázků z prostoru bylo pro Pavlíka velmi těžké. Pro všechny činnosti bylo nezbytné zajistit dostatečné osvětlení místnosti, ve které Pavlík pracoval.

S Míšou byla práce zaměřena na intenzivní stimulaci zraku pomocí speciálních světelných pomůcek, především light boxu s celým příslušenstvím (prosvětlovací plexi tvary, barevné fólie, siluety obrázků, prosvětlovací obrázky a další). Stimulace zraku postupně přešla v cílený zrakový trénink, který byl ale stále založen především na užívání světelných pomůcek. V současné době je již možné využívat i menší světelné zdroje např. baterky s barevným filtrem, světelné hady různých velikostí světelné koule, fosforové obrázky či svítící modelínu. Na tyto zrakové podněty Míša dokáže při soustředění reagovat. Při těchto činnostech je důležité s Míšou pracovat v zatemnělé místnosti, aby světelné podněty byly co nejvýraznější.

S Pavlíkem i Míšou jsme pracovali na rozvoji jemné motoriky. U Pavlíka to obnášelo především stimulaci úchopu – dosáhnout pevného úchopu předmětů i přes pohybové potíže. U Míši byl rozvoj jemné motoriky zaměřen na detailnější podněty. Míša se učí rozeznávat jednotlivé povrchy, zkoumat detaily na běžných hračkách, hmatových deskách a hmatových obrázcích.

Nejen práce s dětmi, ale i práce s celou rodinou byla v průběhu služeb odlišná. S rodinou Pavlíka bylo důležité řešit nejen rozvoj zrakových funkcí, ale celkový psychomotorický vývoj, možnosti jeho zařazení. Z důvodu velmi náročné péče rodina zvažovala umístit Pavlíka do týdenního stacionáře.

S Míšovou rodinou byl hlavním tématem především rozvoj zrakových funkcí, jak je co nejvíce podpořit a pomoci mu tak se zařadit do běžného života. Cílem rodiny je zde úplná samostatnost Míši.

Doporučení

Jak již bylo zmíněno výše, zrakové postižení se velmi často vyskytuje nejen samostatně, ale i v rámci dalších diagnóz. Proto se dá předpokládat, že velká část speciálních pedagogů se ve své praxi může setkat s člověkem se zrakovým postižením.

Na základě zjištěných skutečností, by bylo vhodné pro přípravu budoucích speciálních pedagogů zaměřit se, v rámci oftalmopedie, nejen na problematiku podpory zrakového vnímání a jeho jednotlivé metody – stimulaci zraku a zrakový trénink, ale i na to, jak se jednotlivé zrakové vady mohou projevovat a čeho je dobré si všimat. Dle mého názoru je pro speciálního pedagoga velmi důležité znát možnosti rozvoje poškozeného zraku.

Naopak pro speciální pedagogy, kteří se již pohybují v praxi, a to zejména s dětmi, je z téhož důvodu důležité se orientovat v problematice zrakového vnímání a jeho rozvoje. Tyto znalosti je možné získat buď prostřednictvím dalšího vzdělávání, nebo prostřednictvím stáží na specializovaných pracovištích, věnujících se problematice zrakového postižení, například ve střediscích rané péče nebo ve speciálně pedagogických centrech pro děti se zrakovým postižením.

Závěr

Motivací pro napsání této práce byla má zkušenost s rodinami, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým a kombinovaným postižením. Pokusila jsem se alespoň okrajově nastínit problematiku zrakového a kombinovaného postižení a metody práce s dětmi s tímto typem postižení. Při psaní této práce mi velmi pomohla moje praxe ve Středisku pro ranou péči Plzeň, o.p.s., kterou jsem propojila s teoretickými poznatky z odborné literatury.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na vývoj dítěte a stručnou charakteristiku nejčastějších zrakových vad u dětí. V návaznosti na praktickou část, jsem jednu kapitolu věnovala problematice mozkové obrny jako jednomu z nečastějších postižení, ke kterému se přidružuje vada zraku. Poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala službě rané péče, která pomáhá rodinám, v nichž vyrůstá dítě se zrakovým a kombinovaným postižením. Její úlohu v životě rodiny, která prochází těžkým obdobím po narození dítěte s postižením. Také jsem se zaměřila na metody rozvoje těžce postiženého zraku, a to na stimulaci zraku a zrakový trénink, a v neposlední řadě i na stručný popis vyšetření zrakových funkcí, které se právě v těchto střediscích provádí speciálně vyškolení pracovníci.

V praktické části jsem uvedla dvě případové studie chlapců, kteří prošli ranou péčí. U obou chlapců je popsán vývoj v jednotlivých oblastech i metody práce s nimi a to nejen v oblasti zrakového vývoje, ale i vývoje dalších dovedností. Jednotlivé metody práce se liší v závislosti na typu postižení.

Cílem práce bylo stručně popsat vývoj dítěte a oblasti, do kterých zasahuje zrakové, případně kombinované, postižení, konkrétně mozková obrna, nastínit činnost středisek rané péče pro děti se zrakovým postižením, a popsat vývoj dvou chlapců, s čistě zrakovým postižením a s postižením kombinovaným, porovnat metody práce s oběma chlapci a průběh rané péče.

Ze zjištěných skutečností z praktické části jsem v jejím závěru uvedla několik doporučení pro speciálně pedagogickou teorii a praxi. Při přípravě budoucích speciálních pedagogů je důležité klást větší důraz, v rámci oftalmopedie, na problematiku zrakových vad, podporu rozvoje zrakového vnímání a jeho jednotlivé

metody – stimulaci zraku a zrakový trénink. Pro speciálně pedagogickou praxi je důležité již se umět orientovat v problematice zrakového vnímání a rozvoje a znát činnosti jednotlivých pracovišť, která se zaměřují na tuto problematiku.

Tato práce je určena nejen laické veřejnosti jako seznámení s problematikou zrakového postižení, ale věřím, že může být prospěšná i začínajícím speciálním pedagogům, kteří se chtějí věnovat oboru oftalmopedi, ale i dalším zájemcům.

Resume

In my bachelor work I devoted to the topic about child's development with visual impairment. I have chosen this topic because I work with children with this handicap.

The work consists of theoretical, practical parts and of the annexes. The theoretical part is focused on the development of healthy child and focused on the child with visual impairment. I briefly mentioned the most common visual defects in the children's age. I also described the cerebral palsy, as one of the most common diseases to which it often associates just this visual disability.

The last chapter of the theoretical part is focused on early care, specifically for these where their target group of children with visual handicap and combined handicap. I briefly describe their services, mainly the methods of the development of visual perception – the eye stimulation and optic training and at last the appraisal of visual functions that are carried out in these centres.

The practical part is focused on the case study of two boys whose families have undergone through early care. The first of these boys has a combined and visual disability; the second has a visual disability. In both cases, I briefly outlined their total psychometric development and expanded methods of work with them, particularly in the field of visual development.

In the conclusion of this work, I mentioned several recommendations for specially-pedagogical/ special education theory as well as for practice.

Seznam literatury

- AUTRATA, Rudolf a Jana VANČUROVÁ. *Nauka o zraku*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-362-7.
- VLKOVÁ, Eva, Šárka PITROVÁ a František VLK. *Lexikon očního lékařství: Výkladový ilustrovaný slovník*. 1. vydání. Brno: flvk, 2008. ISBN 978-80-239-8906-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. ET AL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vydání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.
- KVĚTOŇOVÁ, Lea. *Základy oftalmopedie*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-0667-6.
- KVĚTOŇOVÁ, Lea a Ivana KUDELOVÁ. *Malé dítě z těžkým poškozením zraku*. 1.vydání. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-24-9.
- VÍTKOVÁ, Marie, Jaroslav ŘEHŮŘEK, Lea KVĚTOŇOVÁ - ŠVECOVÁ a Ingrid MADLENER. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. 1.vydání. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-75-3.
- LANGMAYER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3.vydání. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- KRAUS, Josef. KOLEKTIV. *Dětská mozková obrna*. 1.vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- SKALICKÁ, Markéta. *Rozvoj zrakového vnímání: Metodika stimulace zraku a zrakového tréninku v rané péči*. 4. vydání. Praha, 2007.
- KEBLOVÁ, Alena. *Zrakově postižené dítě*. 1. vydání. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-191-1.
- DMO info. *Neurocentrum* [online]. 1.2.2001 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: http://www.neurocentrum.cz/DMO_info_index.htm
- Česká republika. Zákon o sociálních službách. In: *108/2006 Sb.* 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Přílohy

Pomůcky využívané k testování zrakové ostrosti a ke zrakové stimulaci

Obr. 1.: Test zrakové ostrosti LH Gratings

Obr. 2.: IQ kostky – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 3.: ZS desky – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 4.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 5.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 6.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 7.: Light box s fóliem i – světelný panel s nastavovatelnou intenzitou osvětlení –
pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 8.: Světelný panel malý, prosvětlovací kostky – malý světelný panel
s nastavovatelnou intenzitou osvětlení – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku

Obr. 1.: Test zrakové ostrosti LH Gratings. Foto autor.



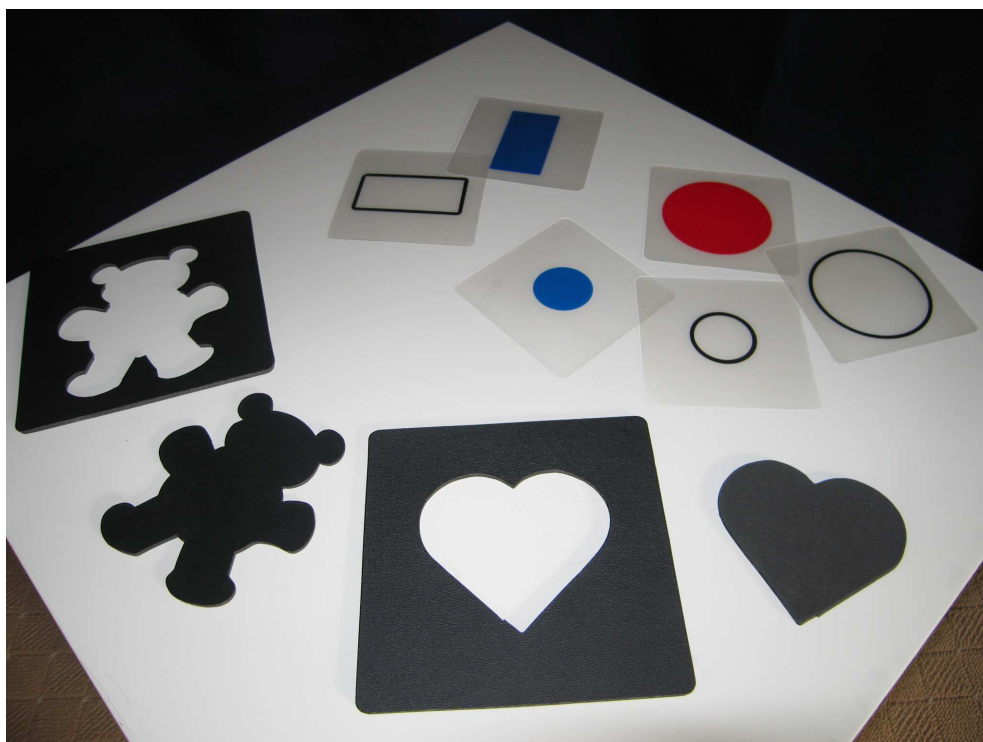
Obr. 2.: IQ kostky – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.



Obr. 3.: ZS desky – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.



Obr. 4.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.



Obr. 5.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.



Obr. 6.: Sada pro Light box – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.



Foto 7.: Light box s fóliemi – světelný panel s nastavovatelnou intenzitou osvětlení – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.

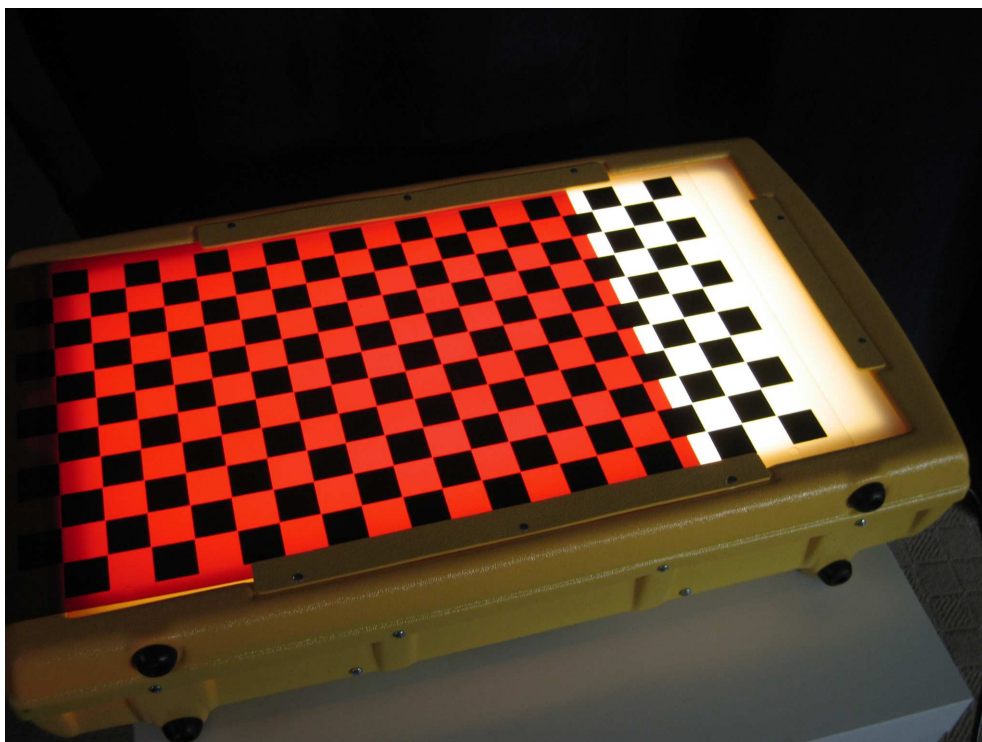


Foto 8.: Světelný panel malý, prosvětlovací kostky – pomůcka využívaná ke stimulaci zraku. Foto autor.

